

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE — PROFESSEUR: D^r M. ROCH

LA PSITTACOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Naïm ACROUCHE
(Liban Gib-Ganin)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1930

Thèse N° 1338

NEW YORK ACADEMY
OF MEDICINE
MAR - 5 1931
LIBRARY

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE MÉDICALE — PROFESSEUR : D^r M. ROCH

LA PSITTACOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Naïm ACROUCHE
(Liban Gib-Ganin)



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1930

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
Monsieur le Professeur M. ROCH, autorise l'impression
de la présente thèse, sans prétendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 16 mai 1930.

Le Doyen ;

Dr M. Roch,

A mes chers parents

Nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude et reconnaissance à notre cher maître, M. le Professeur M. ROCH pour l'intérêt constant qu'il nous a témoigné pendant nos années d'études.

Nous remercions aussi M. le Dr H. WOLLERS, chef de clinique, qui, par ses conseils nous a facilité et guidé dans l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

C'est en 1879 que l'attention de RITTER, en Suisse, fut attirée pour la première fois sur la psittacose. Il avait observé une série de cas de pneumonies atypiques survenues à la suite de l'importation de perroquets provenant de Hambourg. La contamination était attribuée aux cages et non aux perroquets. OST, en 1882, rapporte quelques cas analogues ainsi que WAGNER et FINKLER.

En 1892, à Paris, lors d'une épidémie dont nous rapporterons plus loin l'histoire, NOCARD a cru isoler le bacille de la psittacose de la moëlle osseuse d'ailes de perruches. GILBERT et FOURNIER ont retrouvé le même germe chez le perroquet et dans le sang du cœur d'une malade morte de pneumonie. On avait admis alors la spécificité de ce bacille qui s'apparente au coli et qui était rangé dans le groupe des paracolis et des salmonellas. Le Dr DUBIEF conclut qu'il s'agit d'une maladie infectieuse spéciale, causée par le contact des perroquets. Le lien entre la maladie de l'homme et celle du perroquet fut alors établi. L'histoire de cette épidémie est la suivante: deux importateurs de volatiles exotiques avaient acheté, en décembre 1891, à Buenos-Ayres, un lot de cinq cents perruches. Elles supportèrent mal la traversée. Il n'en restait que deux cents à l'arrivée, les autres étaient mortes en cours de route. Les perruches restantes furent partagées entre les deux importateurs parisiens, les unes rue Dutot, les autres rue de la Roquette. Quelques jours après, survient, dans différents quartiers de Paris et de la banlieue, une petite épidémie. La répartition des atteintes répondait avec la plus grande précision à la répartition des nouveaux acheteurs à Montrouge et Montmartre. Cette épidémie, bien observée, causa 42 atteintes avec 14 décès.

A partir de ce moment et pendant quelques années, divers cas sont signalés en France et particulièrement à Paris. A Paris, en 1893, deux petits foyers (indépendants

de l'épidémie précédente) furent constatés rue Vaugirard et rue Legendre; une autre en 1894 rue St-Placide. En janvier 1895, GILBERT et FOURNIER rapportent cinq nouvelles observations. En mai, épidémie rue Oberkamp, en octobre, quelques cas à St-Denis. En 1897, une épidémie familiale à Passy et une dernière en 1899 à Gobelins. Au total, la région parisienne a fourni de 1892 à 1899, 75 atteintes avec 24 décès (d'après DUPUIS).

La psittacose fut aussi observée à Florence en 1895 par PALMIDESSIE, puis à Cologne en 1899. Une épidémie importante fut observée en 1909 à Zulpich.

Des épidémies moins importantes ont été signalées dans divers endroits de 1914 à 1929, ainsi que le rapporte BOUBAKINE.

Vers le milieu de juillet 1929, apparaissent à Cordoba dans la République Argentine, de nombreux cas d'affection fébrile, considérée d'abord comme de nature grippale, jusqu'à ce que, longtemps après le début, il put être établi qu'il s'agissait de psittacose, provoquée par des perroquets venant du Brésil. C'est à Cordoba que commença cette grande épidémie (Enrique BARROS).

Quelques jours après, on note une poussée analogue à Alta Gracia, station de villégiature à 35 km. de Cordoba. L'épidémie se propage ensuite à Tucuman.

Le 15 octobre, un foyer éclate à Buenos-Ayres. Ces perroquets avaient été vendus par le même marchand qui en avait livré à Cordoba et à Tucuman. Dernièrement, on a signalé le mode de propagation suivant: dans le théâtre Licea à Buenos-Ayres, un perroquet fut apporté sur la scène et chaque acteur ou actrice devait s'en approcher pour lui parler. Or, le lendemain, le premier acteur tomba malade, puis huit des acteurs et des actrices. Le perroquet mourut deux jours après. Un acteur et une actrice sont décédés dans la semaine qui suivit.

Au total, à la date du 15 décembre dernier, on estimait à plusieurs centaines le nombre des cas observés en République Argentine dont 60 à Cordoba, et tous en rapport avec une maladie des perroquets.

Il semble établi que l'épidémie fut importée du Brésil. Cependant, les autorités sanitaires brésiliennes déclarent que

la psittacose n'a jamais été observée au Brésil et qu'il n'y a pas eu d'épizootie chez les oiseaux au cours de ces derniers mois.

En Allemagne, le foyer le plus important paraît avoir été Hambourg, centre de commerce d'animaux et d'oiseaux exotiques, avec une trentaine de cas. L'épidémie était consécutive à l'importation de perroquets malades provenant de l'Argentine. Le professeur HÆGLER a observé 7 cas à l'hôpital « St. Georg » de Hambourg. GUNTHER a observé 7 cas à l'hôpital municipal d'Altona. LICHTWITZ réunit une huitaine de cas, ALLARD 6 cas. Un autre foyer aussi important fut observé à Berlin. ELKELES a décrit 7 cas observés à Berlin. D'autres cas étaient observés par KERSCHENSTEINER, GRUNDWELD et MEYER, LÖNS, KALIEBE, etc.

En Tchécoslovaquie, 6 cas sont connus, dont 5 à Prague et 1 à Moravska-Ostrava, répartis dans deux familles après achat de perroquets. L'un de ces derniers provenait du Brésil par Hambourg.

En Angleterre, l'attention a été attirée par les observations publiées en juillet 1929 par le Dr A.-P. THOMSON et HILLIER et remontant à juillet 1928 et janvier 1929. D'après le *British Medical Journal* publié en mars 1930, le Dr A.-P. THOMSON rapporte 70 cas qu'il a observé pendant les six derniers mois. Ces derniers temps, les cas paraissent s'être multipliés en particulier à Londres, Birmingham et leurs environs : on compte 30 à 40 cas connus. La maladie provient des perroquets de l'Argentine, excepté pour un cas indépendant qui provient de l'Ouest africain. Le Dr HUTCHIMSON cite 20 cas, le Dr WESTERN en rapporte 12.

Aux Etats-Unis, il s'est produit 34 cas dans les dix premiers jours de janvier, dont plusieurs groupés à New-York, Warren et Freeport. Mary RATFORD et d'autres auteurs ont rapporté des observations semblables.

En France, 7 cas ont été observés par CARNOT à Paris et 13 au Havre au début de 1930.

A Alger, 4 cas sont signalés pour la semaine du 2 au 8 février.

En Suisse, une épidémie a été relatée en 1883-84 par le Dr LICHSTEIN. Nous avons eu l'occasion d'observer cette année, à l'hôpital cantonal de Genève, 5 cas qui ont été

publiés par le professeur ROCH et le Dr WOHLERS dans la *Revue médicale de la Suisse romande*.

Des cas isolés ont été signalés aux Pays-Bas, Danemark, Portugal, Autriche.

D'autres cas erratiques observés un peu partout ne méritent pas de description. D'autres enfin, passèrent inconnus ou mal observés sous l'allure d'une grippe ou d'une fièvre typhoïde.

ROUBAKINE a réuni tous ces cas de psittacose (au total de 350 à 400, de juillet 1922 à février 1930) dans une publication très complète à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts.

Résumé de quelques observations types publiées par différents auteurs dans le *British Medical Journal*.

A. C., âgée de 53 ans. Menuisier de bateau, tombe malade le 20 novembre et rentre à l'hôpital de Londres. Le 9 décembre 1929. On a diagnostiqué chez lui une fièvre typhoïde. Il ressentait une faiblesse générale. Il était obligé de continuer son travail. Il transpirait, avait une diarrhée et toussait peu ; sa température était de 38,9° et quand il est entré à l'hôpital il avait encore la diarrhée.

Pendant son séjour à l'hôpital il était le plus souvent comateux, il ne pouvait pas répondre aux questions qu'on lui adressait, sa langue était sèche. La fosse iliaque droit était un peu distendue. La rate n'était pas palpable et on ne constatait pas des taches rosées sur le corps. La température était de 38°. Le pouls était dicrote. La respiration était de 32. A l'auscultation on entendait les signes d'une bronchite aux deux bases. Son cas est resté un certain temps inconnu. Pendant les trois premiers jours 9 décembre à 11, sa température, du soir était 38° et du matin 37,8°. Le quatrième jour sa température commence à tomber en Lysis au bout de sept jours c'est-à-dire le 15 décembre, la température se maintenait stationnaire. La distension de la fosse iliaque disparut. L'état général s'annonçait satisfaisant. Il n'eut pas d'œdème, ni d'albumine dans les urines.

Il raconta qu'il avait acheté de petits perroquets de Buenos-Ayres qu'il garda dans sa cabine quatre nuits avant son voyage pour Londres. Le perroquet N° 1 tomba malade deux jours après que le bateau eût quitté Buenos-Aires. Il le jeta vivant à la mer.

Le perroquet N° 2 était pris de diarrhée quelques jours après, il tomba de sa perche et fut ramassé mort. La maladie du matelot commença cinq jours après la mort du perroquet N° 2.

Dans les crachats, on n'a pas trouvé de pneumocoques. Etant donné que le malade venait de Buenos-Aires, où il y avait plusieurs cas de psittacose, la maladie des deux perroquets est en faveur de la psittacose malgré que le diagnostic clinique était obscur.

Histoire d'une épidémie familiale.

B. M. J. Le 21 décembre 1929 un perroquet vert fut envoyé aux deux enfants du Dr M., âgés de 13 et 11 ans. Le perroquet arrive malade et mourut le 30 décembre 1929. Sa mort fut attribuée

à un refroidissement parce qu'il avait été envoyé pendant un jour de grand froid. Les huit personnes qui ont été en contact avec le perroquet tombèrent malades. Le Dr M., sa femme, ses deux enfants, le jardinier, le neveu du Docteur et un ami qui venait passer Noël chez eux.

Voici un court résumé de ces observations.

PREMIER CAS. — Madame M. sentit un malaise le 5 janvier et garda le lit, le 7 avec une température de 40°.

Elle avait de la courbature, des frissons et une céphalée intense. Elle ne présentait aucun signe abdominal ni pulmonaire. Le 9 janvier elle appela le Dr SMITH DU HENELY près d'elle. La température se maintient autour de 40° le soir, le matin elle tombait à 38,9° après une forte transpiration. Les céphalées étaient intenses et la malade délirait pendant la nuit. Elle était constipée et ne présentait aucune complication pulmonaire. Le pouls était plutôt lent. L'urine contenait du mucus, du pus et faible quantité d'albumine.

Le Docteur revoit la malade le 15 janvier quand la température avait commencé à tomber. Elle ne présentait aucun signe pulmonaire. Le pouls était faible ainsi que les bruits du cœur. La quantité du pus dans l'urine était la même.

On avait diagnostiqué au début une pyélite, puis une fièvre typhoïde. La malade fut envoyée à l'hôpital de Londres.

Le diagnostic de psittacose fut posé par le Dr Robert HUTCHISON qui avait vu cinq cas pareils à Londres. La température revint à la normale. Le 25 janvier c'est-à-dire après le dix-neuvième jour de sa maladie on note quelques crépitations au niveau des deux bases du poulmon.

Le 28 janvier le nombre des leucocytes tomba jusqu'à 13000. La rate n'a jamais été palpable.

DEUXIÈME CAS. — Le cuisinier âgé de 65 ans, tomba malade le 7 janvier avec une température de 40°. Le 13 janvier la température monte jusqu'à 40,6°, délire, grande faiblesse. Il était envoyé à l'hôpital.

On note une bronchite catarrhale avec crépitation aux deux bases des poulmons, l'incontinence d'urine, du délire et de la constipation. L'examen de l'urine montrait une faible quantité d'albumine. La langue était rôtie et ressemblait à celle d'une paratyphoïde. La réaction de Widal était négative. La température tombait généralement le matin à 37,2° et redevenait normale trois jours après. Il a continué à avoir de l'incontinence d'urine et de la constipation jusqu'au 25 janvier.

TROISIÈME CAS. — Le neveu âgé de 43 ans était en visite chez le Docteur le 30 décembre. Après une opération d'appendicite chronique il retourna à Oxford le 7 janvier où il se sentit peu bien le Docteur FRANKLAND WEST le vit le 10 janvier.

M. M. se plaignait de malaise, de température pendant les trois premiers jours de sa maladie sans aucun autre symptôme. Les troisième jours, la température était entre 38° et $39,3^{\circ}$. La respiration était normale, le pouls entre 84 et 90. Aucun trouble abdominal. Langue rôtie. Le malade vomit deux fois. L'appétit manquait complètement. Il était constipé, mais le quatrième jour la constipation était remplacée par de la diarrhée. Le malade était envoyé à l'hôpital avec une température élevée avec le diagnostic d'une entérite. La température se maintenait élevée. Le sixième jour de sa maladie, on entendait des râles dans tout l'hémithorax gauche en avant et en arrière.

Le malade toussait mais crachait peu. Pendant les trois derniers jours la respiration était rapide de 36 à 40, le pouls 90 à 130, le malade était dans un état délirant.

Le douzième jour, le malade entra dans la période de convalescence.

Le seizième jour le malade était rétabli.

L'examen de l'urine ne montra aucune trace d'albumine. Le Widal du sang était négatif. On a rien trouvé dans les crachats.

QUATRIÈME CAS. — Le jardinier âgé de 56 ans ressentit un malaise général le 17 janvier. Il a pu continuer son travail. Le Dr E. L. ELLIOT qui le vit lui recommanda de garder le lit. Pendant les quatre premiers jours, la température s'éleva jusqu'à $38,3^{\circ}$ avec des variations.

Le malade était délirant et transpirait beaucoup. On le considère comme perdu. Il fit une pneumonie gauche qui semble être une pneumonie lobaire mais on ne trouvait pas les symptômes habituelles de la pneumonie. La toux était sévère mais sans crachat jusqu'au 27 janvier où les crachats se montrèrent jaunes et muco-purulents. Les pouls, au-dessous de 100 pendant la première semaine, était faible ainsi que les bruits du cœur.

Le 26 janvier il se sentait mieux. La température redevient normale et le pouls 96.

La langue était sale, mais les bords étaient propres. On entendait des crépitations au niveau de la partie inférieure du lobe gauche, mais sans aucun signe de pleurésie.

Les organes abdominaux étaient normaux, la rate et le foie n'étaient pas palpables.

Le 30 janvier, l'état général était devenu satisfaisant, mais il restait un peu d'obscurité au niveau de la base du poumon gauche. Les crachats étaient abondants. Le rétablissement était remarquable.

Cas ayant été observés dans notre service.

OBSERVATION 1. — F. C., N° 1395, 1929. Homme de 53 ans, assez fortement alcoolisé. Entre à l'Hôpital Cantonal le 25 XI. 1929. Dyspnéique, cyanosé, très fatigué, température de 40°, toussant, expectorant des crachats purulents et striés de sang, langue sèche. Cet homme était malade depuis 12 jours chez lui. Dès le début, la température a été très élevée, sans points de côté ni frissons. Sa femme est tombée malade en même temps que lui. Il entre à l'Hôpital cantonal.

Avant cette maladie actuelle, il était en bonne santé.

Status pulmonaire : Dyspnée. Expectoration sanglante, crachats nummulaires. En arrière, du côté gauche, matité à la zone moyenne, submatité à la base droite, vibrations fortes des deux côtés. Pas de souffles, mais très nombreux râles fins dans la partie moyenne du côté gauche accompagnés de frottement. Râles sous-crépitants à droite. En avant, nombreux râles sous-crépitants qui gênent l'auscultation cardiaque.

Les crachats contenaient des bacilles gram + et gram —. Diplocoques, quelques pneumocoques, des staphylocoques, quelques streptocoques, quelques spiriles, pas de B. K.

Système cardio-vasculaire : Pression au Vaquez = 17 — 8 1/2. Cœur rapide (110), pas de souffle, éclat de premier bruit. Les bruits pulmonaires couvrent les bruits cardiaques.

Système digestif : Langue sèche. Appétit. Ventre indolore, ballonné.

Système urinaire : Urine claire, trace d'albumine, pas de sucre ni pigments.

Système nerveux : Rien de particulier à signaler.

Le 27 XI. 1929. On note de très nombreux râles de retour. A droite, en arrière, pas de souffle. Etat général et pronostic mauvais.

Le 28 XI. 1929. Les mêmes signes avec crachats rouillés et cœur rapide (120); cardiotonique, strychnine, etc. Urée dans le sang = 0,52.

Le 30 XI. 29. Le malade se sent un peu mieux le matin, mais l'état pulmonaire est identique.

Dans la soirée, dyspnée intense, cyanose du visage, mains violacées.

Saignée 800 cm³. Digitale.

Exitus à 6 heures du matin le 1^{er} XII. 1929.

OBSERVATION 2. — La femme du malade précédent. N° 1392, 1929. Entre à l'hôpital le 25 XI. 1929 pour une bronchopneumonie. Elle est tombée malade en même temps que son mari.

Antécédents héréditaires : R. d. p.

Antécédents personnels : Dyspnée d'effort depuis longtemps. Le médecin aurait déjà constaté un gros foie. Elle boit environ un demi-litre de vin par jour et précédemment beaucoup de bière. (Elle avait acheté un perroquet le 5 novembre, et il est mort le 2 décembre). Le 12 novembre elle se sentit fatiguée, se mit au lit avec frissons, fièvre, céphalées, point de côté à gauche, toux, expectoration muco-purulente. Elle reste douze jours avec une température élevée. Le Dr SCHREIBER l'envoie dans notre service.

Status d'entrée : Femme de 42 ans. Dyspnéique, teint terreux, fièvre 40°. Toux et respiration modérées, transpiration profuse.

Système cardio-vasculaire : Pouls régulier : 120. Pression 13—8,5. Pointe et bruits normaux.

Système respiratoire : Toux, expectoration muco-purulente peu abondante. Submatité des deux bases. Râles sous-crépitanants aux deux bases, sans souffle.

Système digestif : Langue saburale, pas d'appétit, abdomen souple et indolore, foie un peu gros, selles régulières.

Système uro-génital : On constate 2⁰/₁₀₀ d'albumine, trace de sucre et rien d'autre.

28 février 1930. Fièvre en plateau, pouls régulier et bien frappé, peu d'expectoration, albumine 1⁰/₁₀₀.

3 décembre. Le Prof. ROCH constate, à sa visite, des râles sous-crépitanants et quelques sibilances à droite, souffle tubaire lointain au hile gauche. Souffle pas très accusé au sommet droit. Matité au sommet droit, râles sous-crépitanants en avant sous la clavicule.

Cœur : R. d. p.

10 décembre. Pas de température depuis quelques jours. La malade tousse encore un peu et expectore très peu. Albumine = trace. Quelques râles aux deux bases. Pression 12,5 — 8.

12 décembre. Température monte. Quelques points de côté, légère dyspnée, pas de nouveaux signes à l'auscultation.

Le 14 décembre. Apparition d'une grosse tuméfaction douloureuse, rouge, sur la face externe de la cuisse gauche, à 10 cm de l'épine

liaque environ. Pas de fluctuation, peau tendue et induration de toute la région.

Le 15 décembre. La ponction exploratrice d'a rien donné. Cataplasmes pendant quelques jours.

Le 17 décembre. Incision sur quelques centimètres, il sort du pus à staphylo et de l'huile. Pas de bacilles de Nocard. On laisse un petit drain et on lave chaque jour soit au Dakiu, soit à l'eau oxygénée. L'abcès s'est fermé très lentement. La malade était très affaiblie. Elle est rentrée chez elle le 24 février.

OBSERVATION 3. — N° 8300. 1929, II service de médecine. J. J., 49 ans, rentre à l'Hôpital le 21 octobre 1929, après y avoir fait un premier séjour pour trachéite grippale. Depuis 16 octobre, le malade ne se sent plus à son aise, a quelques céphalées, de temps en temps des courbatures. Jeudi et vendredi, ressent quelques points du côté gauche, mais ne tousse pas, n'expectore pas.

Samedi, il consulte le Dr WIEGAND qui constate quelques râles discrets à la base gauche. Se met à tousser. Température 36,5°. Etat stationnaire. Le 21 octobre, se couchant plus fatigué qu'auparavant, ayant quelques frissons et très forte diarrhée, il consulte le Dr WIEGAND qui l'envoie dans notre service avec le diagnostic d'affection pulmonaire.

Status pulmonaire : Rien d'anormal à l'inspection et à la percussion. A l'auscultation, on constate quelques râles fins après la toux, la respiration est rude à la base gauche.

Système cardio-vasculaire : Les bruits sont bien frappés, pas de souffle.

Le 22 octobre. Le Prof. BICKEL le visite et constate : en avant, à la région moyenne droite, foyer de râles fins, pouls 110, bien frappé. Diagnostic : pneumonie droite

Dans l'urine, urée = 0,92 ; albumine, trace indosable ; rien d'autre. Culture du sang = négatif. Réaction de Widal : Para B. + $\frac{1}{30}$, incomplet $\frac{1}{40}$ en une heure. Eberth et Para A. = négatif.

Le 25 octobre. Un peu prostré, transpire abondamment, pouls 125, tousses et expectore peu.

Le 27 octobre. Le Prof. BICKEL constate de nombreux râles sous-crépitants à la moitié inférieure du poumon droit. Très dyspnéique, extrémités cyanosées, pouls 130, abcès de fixation.

Les 28 et 29 octobre. Très dyspnéique, l'abcès de fixation ne donne encore rien (légèrement induré et douloureux). Infusion de sérum physiologique, saignée 300 cm³, cardiotoniques, oxygène sous-cutané.

Dans l'urine, albumine = 1,5. Cylindre = 0.

Le 29 octobre. Le malade va très mal, très dyspnéique, ne peut pas expectorer. Température tombe à $37,2^{\circ}$, puis frissons et remonte à $39,8^{\circ}$.

Thés, infusions, oxygène sous-cutané.

Urée du sang = 1,31.

N. B. — 10 I. 1930. On apprend maintenant que le malade élevait des perruches depuis de nombreuses années. Il les avait échangées ces derniers temps, dans une oisellerie de la rue de Carouge, contre deux jeunes perroquets. Un de ces deux perroquets aurait crevé après deux ou trois jours de maladie, avant que J. J. tombe malade. L'autre a été donné après la mort de J. J. et il est bien portant.

OBSERVATION 4. — M^{me} K. S. M., âgée de 50 ans.

Antécédents héréditaires: R. d. p.

Antécédents personnels: poussés de rhumatisme articulaire aigu. En 1913 opérée à la Maternité pour « Ulcère », extraction de l'utérus. Dès 1918 fréquentes bronchites d'hiver, plusieurs douleurs rhumatismales depuis quelques années.

Le 8 novembre 1929, la malade se sent mal, elle a de la température 38° et une forte dyspnée, elle tousse peu et n'a qu'une expectoration peu abondante. La température les jours suivants entre 39 et 40° . L'état général s'annonce mal rapidement, malgré les tonocardiaques réputés à bonne dose. Elle n'a jamais eu de points de côté, ni d'expectoration rosée.

Système général: Température 39° , pouls 100.

Status pulmonaire: Forte dyspnée, expectoration jaunâtre mal liée, mouvements thoraciques réduits. Matité au sommet droite, submatité au sommet gauche sonorité aux bases. Vibration +.

Au sommet droit, râles sous-crépitaux et crépitaux, pas de souffle au poumon gauche et à la base droite. On entend des sibilances.

Système cardio-vasculaire. Pouls 100, Pointe dans le cinquième espace. Les bruits sont masqués par les râles et la rudesse respiratoire.

Système digestif: Langue rôtie, abdomen souple, foie et rate normaux.

Système uro-génital: Normal.

Le 18 XI. 29. Visite du Professeur. Température toujours élevée quoiqu'on ait dépassé le cinquième jours. Matité au sommet droit avec râles crépitaux à ce niveau. Sibilances sur tout le poumon gauche avec souffle expectorant. Cœur rien de particulier. Optochine 4×0.15 .

Le diagnostic de bronchopneumonie.

Le 20 XI. 29. Température toujours élevée. Diurèse médiocre.

Le 23 XI. 29. Râles sous-crépitaux au sommet gauche, également aux deux bases, hépatisation au sommet droit, température 39° à 40°, cyanose, très forte dyspnée. Strychnine, camphre, ether.

Le 26 XI. 29. Dyspnée et cyanose, pression = 15/8.

Exitus avec cyanose.

Renseignements : M^{me} K. s'occupait de nettoyer l'appartement de J. dont nous venons de citer l'observation précédemment et elle nettoyait la cage des perroquets également. Elle venait souvent visiter J. à l'Hôpital pendant sa maladie.

OBSERVATION 5. — M^{me} X. traitée par le Dr BONNEFOY. Femme de 41 ans, sujette à l'entérocolite et à l'anémie. Elle consulte pour cela le Dr BONNEFOY le 19 décembre.

Le 22 décembre elle éprouve des frissons, la température monte à 39° ; le pouls à 84, la malade est adynamique, angoissée dans un état à demi-syncopal. Elle a des douleurs abdominales et de la congestion des deux bases.

Le 3 janvier, les phénomènes pulmonaires disparaissent.

Le 8 janvier, on considère M^{me} X. convalescente.

Vers la fin de novembre cette personne avait acheté deux perruches vertes à l'oisellerie qui avait fourni les perroquets dont nous avons déjà parlé. Le mâle étant tombé tout de suite malade est rendu au marchand, qui le remplace, la femelle tombe à son tour malade. Elle se met en boule et a de la diarrhée verte. Vers le 9 décembre elle mord M^{me} X. au doigt, et la perruche crève le même soir. Le deuxième mâle et une autre femelle encore achetée pour lui tenir compagnie tombent malades à leur tour. Les deux perruches sont données et il ne semble pas qu'elles aient provoqué de nouvelles contaminations.

On nous a signalé deux cas encore de personnes de passage à Genève, ayant acheté des perruches dans le même magasin que les malades précédents (provenances de Hambourg) les deux personnes ont fait une fièvre avec température, typhus, délire, sans localisation pulmonaire et se sont guéries.

SYMPTOMATOLOGIE

Il découle des observations, que nous venons de signaler plus loin, que cette maladie sévit sous forme épidémique. Elle a une période d'incubation habituellement de 8 à 15 jours, parfois de durée plus courte elle peut atteindre exceptionnellement un mois.

Le début est d'une façon générale brusque en opposition avec la fièvre typhoïde et est caractérisée par de l'anorexie, du malaise général de la courbature, de la céphalalgie intense, de l'épistaxis, des nausées, des vomissements, légère diarrhée, frissons, comme tous les prodromes des maladies infectieuses. On a noté parfois de l'angine, de la stomatite à fausses membranes, de l'oedème péri-buccale (RENDU) surtout dans les cas de gavage de bouche à bec.

En 4 ou 5 jours la température atteint 39°, 40°, 41° et se maintient à ce niveau durant toute la période d'état sans remissions matinales très prononcées. 10 à 15 jours après, elle descend en Lysis. La soif est vive, les nausées et les vomissements persistent parfois incessants. Les troubles intestinaux sont souvent nuls, le ventre est peu ballonné, parfois la constipation est opiniâtre, mais souvent fait place à une diarrhée. Habituellement le foie et la rate ne sont pas augmentés. Les urines sont rares, foncées, souvent albumineuses. Les reins sont souvent touchés, parfois il s'agit de néphrite hématurique. La langue est chargée, et devient rouge sur les bords. Le malade est abattu, quelquefois sans véritable stupeur, mais le plus souvent au contraire, plongé dans une prostration profonde, accompagnée de subdélire ou de délire. Les troubles nerveux: céphalées intenses, affectent le type occipital quelquefois frontal; s'accroissent encore au moment des complications pulmonaires. On a observé exceptionnellement des états parkinsoniens, de la raideur de la nuque. Les complications pulmonaires sont presque toujours constants, précoces, souvent dans la première semaine et dominent par leur intensité et de leur gravité, elles consistent en de pneumonies atypiques.

Le murmure vésiculaire s'affaiblit et tend à disparaître, on note de la matité au niveau d'un lobe ou à la base et parfois des crépitations et des râles bulleux.

Malgré la gravité des signes pulmonaires l'expectoration est presque nulle, si elle existe, elle est surtout muqueuse ou mucopurulente. La toux est peu marquée. De fait, c'est souvent à ces complications pulmonaires et à leur retentissement sur le cœur et l'appareil circulatoire, que la mort, qui survient dans plus d'un tiers des cas, doit être attribuée. Malgré la fièvre élevée, le pouls n'est jamais très rapide, il atteint 100 rarement 120, quelquefois dicrote. Cette lenteur du pouls par rapport à la température permet de le distinguer de la pneumonie. La dyspnée est souvent intense et peut être en partie d'origine toxique, due à l'urémie. La formule sanguine est peu ou pas modifiée.

Après une recrudescence de la fièvre (41° et plus) et des phénomènes nerveux (Hallucination, carphologie soubresauts tendineux) le malade en proie à une dyspnée intense, tombe dans le coma terminal. La mort survient au cours de la deuxième ou de la troisième semaine.

Lorsque la guérison veut se produire, c'est après une période d'état de huit à dix jours que l'on voit se réduire progressivement tous les symptômes à leur minimum et se produire la défervescence. A quatre ou cinq jours la température descend en lysis et revient à la normale. Souvent on constate des rechutes avec nouvelles localisations pulmonaires.

A côté des ces formes graves, où les signes nerveux et pulmonaires prédominent, il y en a d'autres atténuées et bénignes avec une fièvre modérée de 38 à 39°. Tout se borne à du malaise, de la courbature, de la céphalée, quelques troubles digestifs peu marqués, état saburral de la langue, nausée. En une semaine au plus la maladie se termine.

Chez le perroquet la maladie débute par une diminution rapide de l'appétit. L'oiseau devient triste, languissant, laisse traîner ses ailes, ses plumes tombent, il se met en boule, yeux mi-clos et d'après la description de GILBERT et FOURNIER : « triste, immobile, atteint d'une diarrhée abondante » qui souille sa cage, ses ailes, ses plumes. On les prend,

« on le caresse, on l'embrasse, on le réchauffe et on le nourrit « de bouche à bec », puis surviennent des périodes de convulsions, qui se terminent par la mort.

A l'autopsie, le foie présente de nombreuses petites taches grises. La muqueuse de l'intestin est pâle et parsemée de macules grises. Congestion des organes abdominaux. En général les symptômes que présente l'oiseau ressemblent beaucoup à ceux du choléra des poules. La transmission à l'homme se fait par les plumes, les morsures, les déjections et surtout par le gavage de bouche à bec. NOCARD a démontré qu'il suffisait de déposer des ailes sèches provenant d'oiseaux atteints de psittacose au fond de la cage d'une perruche saine, pour la voir périr en moins de vingt jours. La transmission à l'homme est indéniable. Elle cause une infection mortelle de 34.28 % d'après DUPUY.

La contamination peut se faire d'homme à homme.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie d'un malade nous avons constaté de même que le Dr A. P. THOMSON et d'autres: Quelques taches hémorragiques au niveau des plèvres des foyers de Pneumonie, foyers de bronchopneumonie, par places, confluent au niveau des bases. Chez notre malade observation 4 nous avons constaté une pleurésie récente fibrinoïde du lobe inférieur, avec épanchement pleural. Les viscères abdominaux ne présentaient rien de particulier.

BACTÉRIOLOGIE

NOCARD en 1892 a pu isoler dans la moelle osseuse d'ailes de perroquet un bacille qui ressemble beaucoup au para B et au coli et qu'on a rangé parmi les salmonellas. NOCARD le décrit comme tel : C'est une bactérie courte assez épaisse, à extrémités arrondies ; les éléments sont très mobiles, munis de huit à douze cils délicats et fragiles sans spores.

La poule, le pigeon, le lapin, le cobaye, la souris, le perroquet y sont sensibles.

SES CULTURES :

Sur gélatine : colonies transparentes irrisées puis plus épaisses.

Sur gélose : épaisses, blanchâtres.

Sur pommes de terre : assez épaisses et ressemblant au coli.

Sur bouillon : le trouble rapidement.

Le lait : n'est pas coagulé.

GUERBET ajoute aussi un caractère important que le *B.* de NOCARD donne la réaction du rouge neutre.

GILBERT et FOURNIER 1896 ont retrouvé le même germe dans un cas de psittacose humaine.

D'autres observations, en particulier celles de SICARD, de NICOLLE, ont confirmé cette opinion de NOCARD et ont démontré le danger et la fréquence assez grande de cette transmission de l'oiseau à l'homme.

D'autre part, EBERTH et WOLFF décrivent sous le nom de micrococcus psittaci un microbe déterminant une affection septicémique du perroquet. THOMSON en 1928 a trouvé chez un perroquet un bacille analogue au bacille de NOCARD. Les auteurs modernes cependant semblent ne pas admettre le bacille de NOCARD comme agent spécifique de la psittacose, alors que STUZZI en 1906 déjà, a pensé à un virus filtrant.

Aucun des auteurs allemands ou autres, à part THOMSON n'a pu retrouver le bacille de NOCARD.

Les recherches faites par BEDSON, WESTERN et LEVY SIMPSON et d'autres ont démontré que l'agent de la psittacose est un virus filtrant. Ces auteurs ont inoculé le filtrat d'organe de perroquets infectés à une perruche saine, celle-ci meurt quelques jours après.

Des perruches témoins inoculées par une suspension non filtrée et chauffée à 100°, restent en bonne santé.

Des prélèvements faits sur huit malades atteints de psittacose, du sang, du sérum sanguin ont donné les mêmes résultats, en les inoculant à des perruches saines. Les perruches témoins, inoculées par du sérum humain normal, restèrent en bonne santé.

Ces auteurs ont essayé l'action de ce virus sur la poule, le pigeon et le cobaye, la première contracta la maladie, les derniers restèrent indemnes. Ces auteurs rapprochent ce virus filtrant de celui de la peste aviaire.

Un caractère important de ce virus, résultant des expériences de ces auteurs, c'est sa grande résistance au Glycerole.

A. SAQUAPÉE et FERRABOUC dans un travail récent arrivent aux conclusions suivantes :

1^o Uue émulsion d'organes : foie, cœur, poumons d'une perruche morte, filtrée sur bougie Chamberland (1,5 cm. de filtrat) inoculée sous la peau d'une perruche saine amène la mort en 8 jours.

2^o Les fèces sont plus virulantes encore, un filtrat du contenu intestinal d'une perruche infecté, tue un oiseau neuf en trois jours.

3^o Le sérum de convalescent injecté à des perruches atténue légèrement l'affection et prolonge l'évolution,

4^o La transmission de la maladie peut se faire d'une cage à l'autre par voie aérienne (deux cages éloignées de 8 cm.)

Nous signalerons en dernier lieu les recherches faites à l'Hôpital Cantonal de Genève (ROCH et WOHLERS) tendant à retrouver le bacille de NOCARD et qui sont restées complètement négatives.

Quoique le véritable agent de la psittacose n'ait pu être trouvé, la plupart des auteurs semblent d'accord pour admettre qu'il s'agit d'un virus filtrant parent du para-typhus B.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la psittacose serait difficile à poser sans les notions étiologiques et sans les caractères épidémiologiques de la maladie.

On peut bien la confondre avec une grippe mais le début de celle-ci est plus brusque — le catarrhe des muqueuses avec anosmie, la température est ordinairement assez élevée, elle monte rapidement et aboutit à 39, 40, 41° puis présente un abaissement. Elle se relève vers le troisième jour, la forme d'un V de la courbe. Habituellement avec l'apparition de la complication pulmonaire.

L'accélération du pouls n'est pas parallèle à la température et il est fréquent de voir 80---90 pulsations avec une température de 39°---40°.

Avec une fièvre typhoïde (erreur de diagnostique qu'on commet souvent) cependant la prostration dans la fièvre typhoïde est plus marquée, la stupeur (typhos). Les taches rosées lenticulaires se trouvent quelquefois dans la psittacose. La distension de l'abdomen est plus marquée que dans celle-ci. La douleur dans la fosse iliaque droite, la courbe de la température typique de la fièvre typhoïde sont à remarquer. Enfin les symptômes pulmonaires ne sont habituellement pas aussi accentués que dans la psittacose. Mais le diagnostic différentiel sera tranché par l'examen du sang à l'hémoculture et la réaction de Widal qui sont négatives dans la psittacose.

Avec la pneumonie aiguë franche : le silence respiratoire tel qu'on l'observe dans la psittacose n'est pas aussi typique que dans cette dernière maladie. Enfin, le malade atteint de psittacose est habituellement pâle, abattu, prostré. Un signe caractéristique de la psittacose : c'est l'absence de crachats.

Avec les cas de pneumonies infectieuses et contagieuses réalisant des épidémies de maison ou de famille, les conditions étiologiques doivent être soigneusement examinées.

Dans tous les cas, le diagnostic ne pourra être établi par les trouvailles anamnétiques, le contact ou le voisinage d'un perroquet malade ou mort.

Le diagnostic bactériologique est difficile, étant donné que le B. de Nocard n'a pas été dépisté depuis NOCARD et

GILBERT et FOURNIER et, que la plupart des idées actuelles envisagent la psittacose comme due à un virus filtrant.

Le séro-diagnostic d'après Ch. NICOLLE est possible. Le pouvoir agglutinant était relativement élevé dans un de ces cas $\frac{1}{50}$ puis deux jours plus tard $\frac{1}{60}$ et faible dans un $\frac{1}{10}$. Le pouvoir agglutinant fait souvent défaut (GILBERT et FOURNIER, SICARD), grâce sans doute à la rapidité d'évolution de la psittacose.

Le séro-diagnostic chez nos malades n'a pas donné un résultat sûr. Dans la plupart des cas l'agglutination était négative ou faiblement positive.

Les recherches bactériologiques et sérologiques faites par le docteur anglais avaient été toujours négatives.

L'agglutination et la séro-réaction du malade A.C. dont nous venons de citer l'observation en premier lieu, faite à l'Hôpital de la Marine à Greenwich se sont montrées

négatives pour typh. B.

» » para A.

» » para B.

B. psittacosis et B. Aertricke dans une dilution de $\frac{1}{10}$ jusqu'à $\frac{1}{640}$.

De même que pour le jardinier (observation 5) le sang n'a donné aucune réaction, ni pour la typhoïde ni pour la dysenterie, ni pour le bacille abortus Bang, ni pour le B. Aertrycke.

La diasoréaction est souvent positive.

Pronostic est très sévère et donne une mortalité très élevée de 34 %. La mort est souvent due aux complications pulmonaires et leur retentissement sur le système cardio-vasculaire.

TRAITEMENT

1° Prophylactique consiste en une surveillance rigoureuse des arrivages de perroquets et de perruches ; à laisser les perroquets récemment achetés dans leur cage, se contenter de les observer de loin, éviter l'alimentation de bouche à bec, s'ils tombent malade, il faut immédiatement les sacrifier et désinfecter la cage.

Il faut interdire le commerce des ailes.

SAQUÉPIE conseille de classer les oiselleries parmi les établissements insalubres.

La psittacose doit figurer sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

2^o Traitement curatif. Le traitement reste pour le moment purement symptomatique et est celui de toutes les typhoses et des complications pulmonaires.

Le sérum de convalescent, d'après SAQUÉPIE et TERRABUC, essayé expérimentalement sur une perruche, paraît prolonger la durée de la maladie, atténuer la gravité des symptômes qui, cependant, chez l'oiseau, évoluent toujours vers la mort.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° ADAMY. — Klinische Erfahrungen über die Papageien-Krankheit (Psittacose). *D. Med. Wschr.*, N° 67, p. 217, février 1930.
- 2° ALABERN. — Melidas que deben tomarsi en la importacion de Ciertas aves; profilaxis de la psittocasis. *Gac. Med. Catalana*, Barcelona, 1899, t. XXII, pp. 13-15. Actas y memorias del Congreso intern. de Hyg. y demogr. de 1898, Madrid, 1900, 11.
- 3° ACHARD et BENSANDE. — Infection paratyph. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp de Paris*, 1896, p. 820.
- 4° BARROS Enrique. — La psittacosis en la Republica Argentina. *El Dia Medica*. Buenos-Ayres, 30 décembre 1929 et 6 janvier 1930, pp. 389-393 et 407-413.
- 5° BARROS E. — *Rev. Sud-Américaine de Méd. et de chirurgie*, Paris, 1930.
- 6° BEDSON, S.-P. WESTERN, G.-T. and Levy SIMPSON, S. FURTHER. — Observation on the Astrology of psittacosis. *Lancet*, Feb. 1, 1930, p. 235 and febr. 15, 1930, p. 345.
- 7° Technique microbiologique. Paris, 1904, t. II, p. 872, Besson.
- 8° BRUSASCO. — La psittacosis (septicemia dei papagalli). *Giornale della reale soc. ed acad. Vetter.*, Torino, 1899, pp. 343-441.
- 9° CAMP. — De la pneumoparatyphus et psittacose. *Spez. path. und Ther. im Krankh. de Kraus und Brugsch*, Berlin, 1924, t. III, p. 237.
- 10° CARTAY. — Les perruches infectieuses. *Nature*, Paris, 1892, p. 310.
- 11° DELAMARE et DESCASALS, *Gaz. Hôp.* 1896.
- 12° DUJARDIN-BEAUMEK. — *Bull. du Conseil d'Hygiène du Département de la Seine*, 1892.
- 13° DUPUY. — De la psittacose au point de vue bactériologique. *Revue générale. Progrès médical*, 1897.
- 14° ELKELES. — Ueber die Berliner Fälle von Papageien-Krankheit und den derzeitigen Stand der Psittacosis-Forschung. *Münch. Med. Wschr.*, N° 4, 24 janvier 1930, p. 274.
- 15° FINKLER. — *Kongress für innere Medizin*, 1888.
- 16° GILBERT et FOURNIER. — Etude sur la psittacose. *Presse Méd.* 1897, t. I, 16 janvier, p. 25.
- 17° GILBERT et FOURNIER. — *Bull. Acad. Méd.*, 1926, p. 492.
- 18° HUTSCHINSON. R. ROWLANDS and Levy SIMPSON. — A study of psittacosis. *The Briti M. J.* April 3, 1930, p. 633.
- 19° JÜRGENSON. — *Ziemssens Handbuch*, 1874.
- 20° KALIEBE. — Psittacosis. *D. Med. Wschr.*, N° 5, 31 janvier 1930, p. 179.
- 21° LEICHTENSTERN. — *Volkmanns Sammlung* 1874.
- 22° MORANGE. — De la psittacose ou infection déterminée par des perruches. Paris, 1895.

- 23° NICOLLE. — Une épidémie de psittacose. Histoire clinique et rech. bact. *Arch. prov. de Méd.*, 1899, t. I, p. 238.
- 24° NOCARD. — *Conseil d'hyg. du département de la Seine*, 1893.
- 25° *Ost Schweizer Correspondenzblatt*, 1883.
- 26° Psittacosis. *Lancet*. Feb. 15 1930, p. 379, Feb. 22 1930, p. 435.
- 27° ROCH M. et WOHLERS H. — Psittacosis. *Revue de la Suisse romande*, N° 2, 25 février 1930, pp. 65-72.
- 28° SICARD. — Epidémie de psittacose. *Rech. Bacter. Soc. de Biologie*, 31 juillet et 3 août 1879.
- 29° THOMSON A.-P. and HILLIER W.-T. — Psittacosis a Further account of Cases of human infection. *Proc. of Roy. Soc. of Med.* vol. XXIII, N° 4, feb. 1930, pp. 451-466.
- 30° THOMSON A.-P. and HILLIER W.-T. (Birmingham) — Psittacosis. A Further account of cases of human infection. *Lancet*, Feb. 22 1930, pp. 396-402.
- 31° VICKERY and RICHARDSON. — *Trans. assoc. Amer. phys.* 1904, t. XIX, p. 364.
- 32° WAGNER. — Dir. Sog. Pneumotyph. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* 1884, t. XXXV, p. 191.
- 33° YOUNG R.-A. — Psittacosis. *Lancet*, feb. 1, 1930, p. 237.